

Către:

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CARAȘ-SEVERIN
Str. Spitalului nr. 36
Reșița
Județul Caraș-Severin

Nr. din

CERERE
de eliberare a cardului duplicat

1. Numele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Prenumele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. CNP/ CID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Solicit eliberarea cardului duplicat și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, următoarele:
Motivul solicitării cardului duplicat:

- a) Pierdere; b) Furt; c) Deteriorare;
d) Modificări ale datelor personale (menționați numărul cardului mai jos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e) Alte situații justificate:

.....
sau

5. Solicit eliberarea cardului duplicat pentru:

Defecțiuni tehnice, erori ale informațiilor înscrise sau cardul nu poate fi utilizat din motive tehnice de funcționare (menționați numărul cardului mai jos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

.....

Semnătura

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Depunerea cererii se va face însoțită de o copie a actului de identitate La pct. 4 bifati o singură opțiune.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către Casa de Asigurări de Sănătate Caraș-Severin, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Semnătura,